

OFÍCIO FEHOESP Nº 005/2019

São Paulo, 21 de março de 2019.

Ilmo. Sr.

Dr. RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR

DD. Diretor de Desenvolvimento Setorial da

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

C/c

Ilmo. Sr.

Dr. LEANDRO FONSECA

DD. Presidente,

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Assunto: Colaborações à consulta pública - CATEC

Prezados Senhores:

Inicialmente, queremos parabenizar essa Agência pela instalação da Câmara Técnica, com participação de forma igualitária dos atores que atuam no setor suplementar da saúde.

Como não houve possibilidade de participação direta das Federações Estaduais na CATEC, ficando a cargo da Confederação Nacional de Saúde representar nacionalmente o segmento de prestadores, vimos manifestar nosso otimismo quanto ao seu resultado, aguardando que os debates contemplem propostas para resolução dos conflitos crônicos existentes no relacionamento entre prestadores de serviços médico-hospitalares e operadoras de planos de saúde, através deste espaço reservado ao diálogo de forma séria e objetiva.

A FEHOESP, que congrega seis sindicatos, representando um total de 55 mil prestadores de serviços de saúde não filantrópicos no Estado de São Paulo, busca de alguma maneira estar presente junto aos órgãos que regulam o setor de saúde, sempre com o intuito de colaborar com as ações que promovam a sustentabilidade do setor e apresentar às autoridades competentes os principais problemas enfrentados pelos nossos representados. Buscamos apenas garantir a perenidade das instituições e a qualidade dos serviços de saúde médico-hospitalares aos usuários que integram a saúde suplementar.

Com esse objetivo, apresentamos nossas sugestões, visando contribuir para o debate na audiência pública sobre Relacionamento e Contratualização entre Prestadores de Serviços de Saúde e Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, ficando à disposição para esclarecer eventuais dúvidas.

GLOSAS

Consideramos que o ideal seria que não houvesse a institucionalização da glosa, no entanto, pela realidade atual, o próprio modelo de remuneração acentua a prática da glosa, dificultando a adoção de medidas visando sua extinção.

Um contrato de prestação de serviços especificando detalhadamente quais situações poderão incorrer em glosas, e informações claras para o recurso das mesmas, reduziria consideravelmente os conflitos existentes.

No entanto, as operadoras elaboram minutas contratuais padrão, com cláusulas genéricas, traduzindo-se em verdadeiro contrato de adesão, ante a ausência de negociação para estabelecer regras específicas para cada prestador de serviços, inclusive considerando a especialidade e peculiaridade dos contratados, e levando em consideração as necessidades dos beneficiários da carteira atendida.

Sabemos que a Lei 13003/14 estabelece a obrigatoriedade do contrato escrito com obrigações, no entanto, muitos contratos estão à margem do que realmente preconiza a lei, sendo inexistente a aplicação de penalidades pela não observância às regras contratuais. Promover alterações nos instrumentos jurídicos constitui verdadeira batalha e, não raro, sem qualquer sucesso por parte do prestador de serviços.

Sob o aspecto jurídico, existe a possibilidade de recuperação dos valores glosados indevidamente, após o procedimento de avaliação das glosas, porém, esse tipo de medida normalmente é rechaçado por meio de rescisão contratual por parte da operadora.

Diante dessas práticas que trazem indiscutíveis prejuízos que, sem dúvida, afetam a qualidade dos serviços prestados, fica clara a importância da intervenção desta Agência Reguladora quanto a normatizações e regulamentação da glosa no que tange: **I) a conceitualização dos tipos de glosas aplicáveis; II) às hipóteses que validam sua aplicação; III) extinguir a prática de suspensão total dos pagamentos em virtude de divergências em parte do faturamento enviado; IV) estabelecer a obrigatoriedade de constituição de junta médica para análise final do recurso não acatado pela operadora, quando ainda contestado pelo prestador de serviços; V) proibir glosas lineares visando apenas a diminuição da sinistralidade da operadora.**

Outro ponto importante, diz respeito à alteração do sistema XML. Assim como as alterações dos instrumentos jurídicos devem ser realizados através de aditivos assinados pelas partes, apontamos a importância de estabelecer **chancela entre as partes quando da necessidade de alterações de sistemas que geram modificações das informações parametrizadas pelo contrato de prestação de serviços**. Alterações de códigos da TUSS, bem como informações de ordem financeira, sem o conhecimento prévio das partes, integram as práticas geradoras de glosas.

RESCISÃO CONTRATUAL IMOTIVADA

É comum que as operadoras e administradoras de planos de saúde rescindam **unilateralmente** os contratos firmados com os prestadores de serviços de saúde pertencentes à rede credenciada ou referenciada.

É sabido que as operadoras de planos de saúde utilizam a prática de rescisão unilateral como retaliação ao comportamento que contrarie seus interesses, o que ocorre comumente nas hipóteses de questionamento por ausência de reajuste ou atraso de pagamento, situações que pertencem ao cotidiano na relação contratual. Prática constatada conforme ofício abaixo.

**Trasmontano**
SaúdeTermino
10 de maio

[Redacted]

São Paulo, 09 de janeiro de 2018.

[Redacted]

Santos - SP

Assunto: ENCERRAMENTO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Prezado (a) Prestador (a)

A presente notificação tem a finalidade de comunicar acerca da rescisão do Contrato de Prestação de Serviços, firmado em 21/01/2010, entre o Centro Trasmontano de São Paulo e [Redacted]

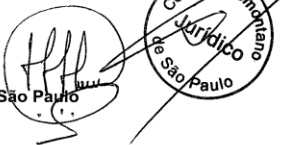
Assim, nos termos da **Clausula 23ª**, após 60 (sessenta) dias do recebimento desta, conforme comprovação do AR Postal, fica automaticamente rescindido o referido instrumento contratual, sem prejuízo do cumprimento das obrigações pelas partes até o termo final determinado.

Nos termos artigo 16 da RN (ANS) 363/14, solicitamos a identificação e emissão de relatório dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada de laudo com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro prestador, respeitado o sigilo profissional.

Assim sendo, agradecemos o atendimento prestado aos nossos associados até a presente data.

Eventuais esclarecimentos que julgar oportunos poderão ser obtidos pelo telefone 3115-1515 ramal 1527, e-mail: dsales@trasmontano.com.br ou correspondência direcionada à nossa sede.

Atenciosamente,

[Redacted]
Centro Trasmontano de São Paulo

Rua Tabatinguera, 294 - Centro - SP - CEP 01020-903 - Tel: 11 - 3115-1515

1/1

***Dados do prestador ocultados, em razão do andamento de processos.**

A Lei 13.003/2014 prevê alguns requisitos para que a rescisão unilateral seja considerada lícita, entre eles, a expressa previsão contratual informando as possibilidades da rescisão imotivada. No entanto, não é raro que as operadoras de planos de saúde rescindam unilateralmente os contratos, sem observar a regra legal, uma vez que os próprios contratos, via de regra, não discriminam tais situações.

Outro ponto importante diz respeito à inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o da Lei 9656/98 (alterado pela lei 13.003/14), implicando compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

Assim, considerando a legislação vigente que trata desta matéria sugerimos que as **rescisões contratuais se deem somente conforme artigo 8º alíneas I, II, e III da Resolução normativa nº 365/2014**, e que o processo de **descredenciamento para instituições não hospitalares seja mediante comunicação prévia à Agência Nacional de Saúde Suplementar**, tal qual a forma com que se realiza o descredenciamento hospitalar previsto pelo artigo 17, §1º da Lei 9656/98.

Tal prática visa o atendimento ao disposto na lei 9656/98, quanto a garantia de atendimento ao longo do contrato, e também a devida contratualização prevista pela Lei 13.003/14.

TRATAMENTO DAS DEMANDAS DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A complexa rotina entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde traz à luz um relacionamento desalinhado e conflituoso, com prejuízos financeiros e assistenciais assumidos por ambas as partes e que interferem diretamente na qualidade da prestação de serviços ao beneficiário do sistema de saúde suplementar.

Embora a Lei 13.003 estabeleça as regras contratuais, a mesma ainda não se mostrou suficiente em relação às práticas de mercado que em nada colaboram para que, de fato, ocorram as mudanças necessárias no setor de saúde suplementar. Assim, torna-se imprescindível ações que induzam as boas práticas, proporcionando o equilíbrio no relacionamento entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

Sugerimos ampla alteração na instrução normativa nº 62/2016, incluindo a previsão de I) **monitoramento periódico das práticas**; II) **constituição de relatórios** e III) **divulgação dos dados**, como mecanismo de identificação e mediação dos conflitos de forma ágil e assertiva.

Neste sentido, a ANS passa a ter um papel fundamental no recebimento e tratamento das demandas que lhe são apresentadas, seja pelos prestadores de serviços de saúde ou as instituições que os representam, produzindo e divulgando **Relatório de Relacionamento** entre operadoras de planos de saúde, tendo como objetivo fundamental promover a correção das práticas perniciosas e incorretas.

No entanto, para que haja aumento das demandas a fim de melhor retratar a realidade, é preciso acatar também a possibilidade do anonimato do prestador de serviços, uma vez que esta prática pode ensejar em descredenciamentos, sob a justificativa da operadora da necessidade de redimensionamento da rede credenciada, prática já denunciada por prestador de serviços e revelada nos resultados obtidos nas pesquisas realizadas pela FEHOESP em 2016 e 2017, quando questionamos o relacionamento do prestador de serviços de saúde junto à ANS. (quadro abaixo).

P21. Pretende formalizar à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar casos de desacordos contratuais?

	2016	2017
Temendo descreeciamento, prefiro não contatar a ANS.	36%	52%
Sim	38%	31%
Não	26%	17%

Percebe-se a importância e a necessidade da ANS utilizar a informação como instrumento para que a regulação seja a ação condutora das boas práticas.

ATRASOS DE PAGAMENTOS

Diariamente somos solicitados para assessorar no processo de pagamento dos serviços prestados e faturados pelos prestadores de serviços de saúde, ou ainda intervir por meio de ações judiciais para recuperação de valores bloqueados pelas operadoras de planos de saúde sem quaisquer justificativas.

As recorrentes reclamações são enviadas por prestadores de serviços de saúde de pequeno a médio porte que não possuem poder de negociação em igualdade de condições com as operadoras, e mal conseguem um canal de comunicação direta com representante das operadoras de planos de saúde.

Ocorre que a inadimplência contumaz (*conforme evidência mostrada abaixo*) acarreta dificuldades em relação ao cumprimento de suas obrigações, tais como, tributos, folha de salários, encargos sociais, despesas administrativas e tantas outras a que o empreendedor brasileiro está sujeito para a manutenção legal de sua atividade, além de impossibilitar o acesso a créditos junto a instituições financeiras, visto o frágil planejamento financeiro das

instituições de saúde. Isso, conseqüentemente, inviabiliza a projeção de despesas em alguns programas, como certificações e creditações, para a adoção de melhorias na qualidade dos serviços prestados.

“Como se já não houvesse o problema com a falta de pagamento no dia 25/11 ainda nos deparamos com o mesmo problema em 26/12/2018, apesar de seu Demonstrativo de Pagamento informar 5 lotes liberados recebemos apenas 3”. (denúncia apresentada em março de 2019).

Fatura	NR	Total Informado	Total Aprovado	Total Glosado	Total Desconto	Gerar
		RS 632,76	RS 628,76	RS 4,00	RS 0,00	
		RS 660,00	RS 660,00	RS 0,00	RS 0,00	
		RS 2.575,21	RS 2.573,61	RS 1,60	RS 0,00	
		RS 1.380,00	RS 1.380,00	RS 0,00	RS 0,00	
		RS 8.367,16	RS 8.360,51	RS 16,65	RS 0,00	

Data	Valor Informado	Valor Aprovado	Valor Glosado	Valor Desconto	Valor Líquido	
06/2018	27/07/2018	RS 82,70	RS 55,72	RS 26,98	RS 0,00	RS 55,72
06/2018	26/06/2018	RS 2.519,40	RS 2.519,40	RS 0,00	RS 154,94	RS 2.364,46
05/2018	25/06/2018	RS 12.146,95	RS 11.090,43	RS 1.056,52	RS 682,06	RS 10.408,37
04/2018	26/05/2018	RS 11.316,54	RS 11.765,63	RS 1.451,00	RS 786,00	RS 11.088,43

Não é raro que os prestadores de serviços sejam obrigados a suspender o atendimento de pacientes oriundos de planos de saúde, quando há débitos pendentes por longo período, pois esta passa a ser a última alternativa na tentativa de receber pelos serviços prestados.

Muitas vezes, por receio das conseqüências trazidas pela NIP, o procedimento é autorizado, no entanto, é aplicada posteriormente a glosa linear, uma vez que não há penalidades previstas. Nestes casos, o prestador arca com prejuízo de até 90 dias para recebimento do valor devido.

A ocorrência das situações citadas pode evidenciar problemas de diversas frentes, como anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves não expostas, problemas de acessibilidade à rede credenciada, colocando em risco a continuidade do atendimento, e ainda põe em dúvida a confiabilidade dos dados encaminhados à ANS via sistema de

informações de Produtos – SIP, visto que são gerados indicadores a partir de dados sobre despesas assistenciais por exposto.

Fato é que o evento realizado, faturado com nota fiscal emitida, não glosado e não ressarcido fica à margem de qualquer rastreabilidade financeira.

COMUNICAÇÃO ENTRE OPS E PSS

Situações extremas e diversos problemas de relacionamento entre a operadora e sua rede assistencial ocorrem pela falta de comunicação e orientações específicas. A rotatividade de profissionais das operadoras ligados a áreas de atendimento aos prestadores é muito alta, tornando-se um obstáculo na busca por soluções dos problemas ocorridos. Essas situações são recorrentes às áreas de **ajustes de cláusulas contratuais, sistemas, pagamentos e reajustes**.

A área de prestadores no site da operadora deve conter todos os contatos, como e-mail e telefone de profissionais técnicos aptos para atender a todas as demandas que possam surgir nesta relação, sendo capaz de agilizar e coordenar os atendimentos.

As demandas recebidas deverão gerar números de protocolos, de forma que possa haver rastreabilidade do processo de atendimento até a conclusão do caso, sendo considerados documentos formais na relação entre as partes.

Tais implantações poderão ser objeto de discussões e inclusões na instrução normativa nº 62 conforme já sugerido anteriormente.

Atenciosamente,

Yussif Ali Mere Jr

Presidente